

## 記入上のご注意

1. (1)記号・番号は保険証に記載されています。
2. (8)死亡原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。請求前に当組合までご連絡ください。
3. (11)、(12)は死亡した被保険者により生計維持されていた方がいない場合のみ、必ず記入してください。
4. (13)で「はい」に該当する場合は、ご記入ください。
5. (18)(振込希望口座等)について
  - 振込先が被保険者(請求者)の口座の場合は、記入は不要です。
  - 被保険者が死亡した場合は請求者の郵便局以外の金融機関をご記入ください。
6. 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記入者の氏名(サイン)を記入してください。

死亡した方	申請者	添付書類	
被保険者	被扶養者	■埋葬料(費)請求書の(14)～(17)の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し  ※上記いずれか1点	
	被扶養者以外の家族	■埋葬料(費)請求書の(14)～(17)の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し  ※上記いずれか1点 と合わせて、生計維持の有無により以下の書類が必要です。	
	被扶養者以外の方	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">                             被保険者により生計維持されていた方(同居)                         </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">                             ■請求者の住民票                              (原本/続柄が記載されている世帯主全員のもの)                              ■亡くなられた方の住民票の除籍(原本)                         </td> </tr> </table>	被保険者により生計維持されていた方(同居)
被保険者により生計維持されていた方(同居)	■請求者の住民票 (原本/続柄が記載されている世帯主全員のもの) ■亡くなられた方の住民票の除籍(原本)		
被扶養者	被保険者	■埋葬料(費)請求書の(14)～(17)の事業主証明 ■市区町村長の埋火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写し  ※上記いずれか1点	

※1 領収書は請求者の方のお名前がフルネームで記載されたものを提出してください。□  
 (領収書の原本と明細書は支給決定後、返却いたします)□

※2 費用の範囲は、葬儀代のほかに霊柩車代、霊前への供物代、僧侶への謝礼代なども含まれます。  
 飲食代や香典返しは含みません。□

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

埋葬料(費)の時効の起算日については「死亡の翌日(ただし、埋葬費については埋葬を行っ日の翌日)」となります。  
 (健康保険法第193条)

※ 支 払 給 決 議 書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	被扶養者 照 合				
	支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円					
	支払決定の額	法定	拾万	万	千	百	十	円	死亡した日	資格	得	喪
	付加						円					

**健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書**  
**家 族 埋葬料(費)付加金**

◎記入方法については、例面の「記入上のご注意」をご確認ください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の 記号と番号	記号 ○	(2) 被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 氏名・生年月日	フリガナ ケンポ ハナコ	健保 花子
		番号 ○○○○○		(3) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 平成・令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日	
	(4) 被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 住 所	(〒 ○○○-○○○ ) 東京都千代田区外神田○-○○-○		Tel 090 (○○○○) ○○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	(5) 事 業 所 の 名 称 住 所	三菱UFJニコス株式会社 〒113-6216 東京都文京区本郷3-33-5		Tel 03 (○○○○) ○○○○	
(6) 死 亡 し た 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日	(7) 死 亡 原 因	急性心不全	(8) 第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
●家族(被扶養者)が死亡したための請求であるとき					
(9) 被 扶 養 者 氏 名	生年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
●被保険者が死亡したための請求であるとき					
(10) 被 保 険 者 氏 名	健保 太郎		被 保 険 者 から み た 請 求 者 と の 身 分 関 係		
			妻		
(11) 埋 葬 を 行 っ た 年 月 日	令和	年	月	日	(12) 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額
					円
(13) 亡くなられた方は、退職等により当組合の被保険者資格の喪失後に家族の□ 被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヵ月以内になくなられたとき □ ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき					
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。					保険者名
					記号・番号

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	(14) 死 亡 し た 方 の 氏 名	(15) 死 亡 し た 方	<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 <input type="checkbox"/> 被 扶 養 者	(16) 死 亡 し た 年 月 日	令和	年	月	日
	(17) 上記のとおり相違ないことを証明する。							
	事業所所在地	※事業主に証明をしてもらう。						月
事業所名称								
事業主氏名								Tel ( )

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄
-----

\*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。  
被保険者が死亡した場合は請求者の郵便局以外の金融機関をご記入ください。

-----  
受 付 日 付 印

振 込 希 望 口 座	(18) ○○○○ 銀行 ○○ 支店			
	預金の種別	口座番号	フリガナ	ケンポ ハナコ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	口座名義	健保 花子
<input type="checkbox"/> 当座				

※ 支 払 給 決 議 書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	被扶養者 照 合				
	支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円					
	支払決定の額	法定	拾万	万	千	百	十	円	死亡した日	資格	得	喪
	付加						円					

**健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書**  
**家 族 埋葬料(費)付加金**

◎記入方法については、例面の「記入上のご注意」をご確認ください。

(1) 被保険者証の 記号と番号	記号	○	(2) 被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 氏 名 ・ 生 年 月 日	フリガナ		ケンポ タロウ
	番号	○○○○○		健保 太郎	(3) 昭和 平成 令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日	
(4) 被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 住 所	(〒 ○○○-○○○ )		東京府千代田区外神田○-○○-○		TEL 090 (○○○○) ○○○○	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
(5) 事 業 所 の 名 称 住 所	三菱UFJニコス株式会社 〒113-6216 東京都文京区本郷3-33-5		TEL 03 (○○○○) ○○○○			
(6) 死 亡 した 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日	(7) 死 亡 原因	急性心不全	(8) 第三者行為に よるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
●家族(被扶養者)が死亡したための請求であるとき						
(9) 被 扶 養 者 氏 名	健保 花子	生 年 月 日	昭和 平成 令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日	被保険者 との続柄		妻
●被保険者が死亡したための請求であるとき						
(10) 被 保 険 者 氏 名	被保険者からみた 請求者との身分関係					
(11) 埋 葬 を 行 っ た 年 月 日	令和 年 月 日	(12) 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額				円
(13) 亡くなられた方は、退職等により当組合の被保険者資格の喪失後に家族の□ 被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき□ ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき□ ③資格喪失後、②の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき□				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた 健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。				保険者名		
				記号・番号		

事業主が 記入する ところ	(14) 死 亡 し た 方 の 氏 名	(15) 死 亡 し た 方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	(16) 死 亡 し た 年 月 日	令和 年 月 日
	(17) 上記のとおり相違ないことを証明する。				
	事業所所在地	証明日 令和 年 月 日			
事業所名称	<b>※事業主に証明をしてもらう。</b>				
事業主氏名	TEL ( )				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄
-----

\*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。  
被保険者が死亡した場合は請求者の郵便局以外の金融機関をご記入ください。

-----  
受 付 日 付 印

(18) 振込 希望 口座	銀行		支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義